

支給決定伺						*ケンボ記入欄	
支給金額	円	支給期間	R . . . 日 R . . . 日	取得	S・H・R . . .		
内訳 :療養費 円/高額療養費 円/付加給付金 円/食事療養費等 円				喪失	R . . .		
経伺	常務理事	事務長		担当者			
					備考	本・家・六・高7・高一 医・歯・外・入	

被保険者
家族

海外療養費支給申請書

〔業務上または通勤途上災害による傷病および治療目的の渡航は除く〕

被保険者証の 記号番号	—		事業所(会社)の 名称				
対象者氏名			生年 月日	S・H・R 年月日	続柄		
傷病名			発病または 負傷の年月日		H・R	年月日	
発病または 負傷の原因							
傷病の経過 (いずれかに○印)	治癒 / 現在も通院(経過観察)中 / その他()						
診療又は 手当の期間	R 年 月 日 R 年 月 日	日間	診療又は手当 に要した費用		通貨単位 ()		
診療を受けた 病院等	名称						
	所在地	国名					
療養の給付を受けること ができなかった理由 (いずれかに○印)	1. 海外赴任中または被保険者の海外赴任帯同のため(長期) 2. 海外出張中のため(短期・海外赴任中の他国への出張含む) 3. 海外旅行中のため(海外赴任中の他国への私的旅行等含む)						
上記の通り申請致します。							
令和 年 月 日		被保険者の住所 氏名(自署)及び印 (印)					
大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿		TEL					

*在職者のみ記入	上記金額の受領を		に委任します(会社名を記入)				
*以下、退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)							
金融機関および支店名	銀行・信用金庫		支店				
1.普通 2.当座	口座番号						
フリガナ							
口座名義人							
所属事業所 確認印							
<table border="1" style="width: 100%; height: 80px;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>							

大同健保

【ご注意】添付書類や支給要件等を、事前に大同健保ホームページでご確認のうえ申請してください。